Structurer le dossier médical des diabétiques

Module FMC à distance ANCRED

N° 1

Objectifs du module

(1) Savoir analyser, et

(2) Classer selon leur gravité dans le dossier médical,

les informations collectées sur le

- retentissement du diabète sur les organes cibles,
- contrôle du diabète: HbA1c,
- contrôle des facteurs de risque associés: HTA, LDL et statut tabagique.

Saisir « au kilomètre » les données collectées au cours des consultations dans le dossier médical d’un patient atteint d’une maladie chronique expose à perdre et/ou à mal utiliser l’information.

Au contraire, structurer les données essentielles permet d'optimiser la prise en charge.
Il ne s'agit pas de construire des systèmes d'alerte compliqués, mais de rendre disponibles les informations pour servir au raisonnement médical.

Mode d’emploi

1. Lisez les informations présentées dans les diapositives.
2. Répondez aux questions posées entre les diapositives d’information.
3. Réalisez le test de lecture associé.

Commencez par répondre à cette question: parmi ces complications, lesquelles sont spécifiques du diabète?

- ❑La cardiopathie ischémique
- ❑La rétinopathie
- ❑La neuropathie
- ❑La néphropathie
- ❑L'artérite des membres inférieurs
- ❑L'athérome des troncs supra-aortiques

Ce sont les complications liées à la micro-angiopathie diabétique

- ❑ La cardiopathie ischémique
- ☒ La rétinopathie
- ☒ La neuropathie
- ☒ La néphropathie
- ❑ L'artérite des membres inférieurs
- ❑ L'athérome des troncs supra-aortiques

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	N				
Risque podologique					
Cardiopathie ischémique	C				
Artérite	AMI-	I	II	III/IV	
Etat vasculaire cérébral	STC-	STC	AIT	AVC	
HbA1c * (%)					
PA * mmHg	/	/	/		
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme	O/N				

<u>RT-</u> = absence de rétinopathie : FO ou photographie du FO normal.
<u>RT +</u> = signes de rétinopathie au FO, quelle qu'en soit la gravité

*3 dernières valeurs

Répondez à cette question: quels résultats d'examen ophtalmo signalent une rétinopathie grave?

- ❑ La présence de microanévrismes
- ❑ La présence de néo-vaisseaux
- ❑ Un œdème maculaire
- ❑ L'existence d'une cataracte
- ❑ Une pression oculaire >20

Répondez à cette question: quels résultats d'examen ophtalmo signalent une rétinopathie grave?

- ❑ La présence de microanévrismes
- ☒ La présence de néo-vaisseaux
- ☒ Un œdème maculaire
- ❑ L'existence d'une cataracte
- ❑ Une pression oculaire >20

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique					
Cardiopathie ischémique					
Artérite					
Etat vasculaire cérébral					
HbA1c * (%)					
PA * mmHg					
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme	O/N				

■ NP- = pas de microalbuminurie (<20 mg/l ou < 30 mg/24h).

■ NP Débutante = microalbuminurie > 20 mg/l ou >30 mg/24h.

■ NP Etablie = protéinurie >300 mg/24h, clairance de la créatinine normale (>60 ml/mn).

■ IR Sévère = clairance de la créatinine < 30 ml/mn.

*3 dernières valeurs

Répondez à cette question: l’existence d’une microalbuminurie représente en premier lieu

- ❑Un risque d’insuffisance rénale
- ❑Un risque de complication cardiovasculaire
- ❑Un risque d’infection urinaire
- ❑Un risque d’HTA sévère

Répondez à cette question: l'existence d'une microalbuminurie représente en premier lieu

- ❑ Un risque d'insuffisance rénale
- ☒ Un risque de complication cardiovasculaire
- ❑ Un risque d'infection urinaire
- ❑ Un risque d'HTA sévère

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT +		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique	0	1	2	3	
Cardiopathie ischémique	C		A		
Artérite	A				
Etat vasculaire cérébral	S				
HbA1c * (%)					
PA * mmHg					
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme	O/N				

0 = monofilament de 10 g perçu, pas d'artérite, possibilité de déformation non spécifique.

1 = monofilament de 10 g non perçu sans artérite ni déformation.

2 = monofilament de 10 g non perçu + artérite ou + déformation.

3 = antécédent d'amputation ou de lésion > 4 semaines.

*3 dernières valeurs

Répondez à cette question: à partir de quel grade de risque les soins de podologues sont-ils recommandés tous les2 mois ?

- ❑ Grade 0
- ❑ Grade 1
- ❑ Grade 2
- ❑ Grade 3

Répondez à cette question: à partir de quel grade de risque les soins de podologues sont-ils recommandés tous les 2 mois ?

- ❑ Grade 0
- ❑ Grade 1
- ☒ Grade 2
- ❑ Grade 3

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique	0	1	2	3	
Cardiopathie ischémique	CI-	CIS	Angor	IDM	
Artérite	A				
Etat vasculaire cérébral	S				
HbA1c * (%)					
PA * mmHg					
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme					

CI- = absence de cardiopathie ischémique.
CIS = cardiopathie ischémique silencieuse, diagnostiquée à l’épreuve d’effort ou par un autre test de stimulation.
Angor = angine de poitrine
IDM = antécédent d’infarctus du myocarde.

*3 dernières valeurs

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique	0	1	2	3	
Cardiopathie ischémique	CI-	CIS	Angor	IDM	
Artérite	AMI-	I	II	III/IV	
Etat vasculaire cérébral	S				
HbA1c * (%)					
PA * mmHg					
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme					

AMI- = absence d'artérite
AMI I = absence de 2 pouls à un même pied ou souffle fémoral ou anomalie au doppler
AMI II = claudication intermittente
AMI III = douleurs de décubitus / troubles trophiques

*3 dernières valeurs

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique	0	1	2	3	
Cardiopathie ischémique	CI-	CIS	Angor	IDM	
Artérite	AMI-	I	II	III/IV	
Etat vasculaire cérébral	STC-	STC	AIT	AVC	
HbA1c * (%)					
PA * mmHg					
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme					

STC- = absence de sténose des TSA
STC = sténose d'un TSA >50% à l'échodoppler.
AIT = antécédent d'AVC transitoire
AVC = antécédent d'AVC

*3 dernières valeurs

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique					
Cardiopathie ischémique	C				
Artérite	A				
Etat vasculaire cérébral	ST				
HbA1c * (%)					
PA * mmHg	/	/	/		
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme	O/N				

Les objectif d'HbA1c dépendent du traitement hypoglycémiant

-Régime et activité physique seuls: HbA1c <6%

-Monothérapie: HbA1c <6,5%

-Bithérapie ou trithérapie +/- insuline: HbA1c <7%

*3 dernières valeurs

Répondez à cette question: après combien de dosages d’HBA1c supérieurs à l’objectif faut-il intensifier le traitement hypoglycémiant?

- ❑ Après un dosage
- ❑ Après 2 dosages espacés de 3 à 4 mois
- ❑ Après 3 dosages espacés de 3 à 4 mois
- ❑ Après 4 dosages espacés de 3 à 4 mois

Répondez à cette question: après combien de dosages d'HBA1c supérieurs à l'objectif faut-il intensifier le traitement hypoglycémiant?

- ❑ Après un dosage
- ☒ Après 2 dosages espacés de 3 à 4 mois
- ❑ Après 3 dosages espacés de 3 à 4 mois
- ❑ Après 4 dosages espacés de 3 à 4 mois

	Classification				Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT-		RT+		
Néphropathie	NP-	NP D	NP E	IR S	
Risque podologique					
Cardiopathie ischémique	C				
Artérite	A				
Etat vasculaire cérébral	ST				
HbA1c * (%)					
PA * mmHg	/	/	/		
LDL Cholestérol * (g/l)					
Tabagisme	O/N				

Objectifs de prévention cardiovasculaire

-PA ≤130/80 mmHg

-LDL C < 1 à 1,60 g/l selon le niveau de risque CV

-Pas de tabagisme

*3 dernières valeurs

Liste des abréviations

- AMI: Artérite des membres inférieurs (-, I, II, III ou IV)
- AIT: Accident Vasculaire Cérébral Transitoire
- AVC: Accident Vasculaire Cérébral
- CI-: Absence de cardiopathie ischémique
- CIS: Cardiopathie ischémique silencieuse
- CV: Cardiovasculaire
- IDM: Infarctus du myocarde
- IMC: Index de masse corporelle
- IR S: Insuffisance Rénale Sévère
- NP-: Absence de néphropathie
- NP D: Néphropathie débutante
- NP E: Néphropathie établie
- RP: risque pied (0,1, 2 ou 3)
- RT-: Absence de rétinopathie
- RT+: Rétinopathie
- STC-: Absence de sténose des TSA
- STC+: Sténose d'un TSA
- TSA: Troncs supra-aortiques

En pratique

- Soit utilisez les fonctionnalités de votre logiciel médical pour configurer un tableau récapitulant ces informations sous forme synthétique.
- Soit placez en tête de dossier les informations récapitulatives sous forme abrégée
- Exercez-vous en réalisant le test de lecture ci-joint et renvoyez ce test pour obtenir des crédits de FMC.

A titre d'exemple, voici les données collectés pour ce patient

- Homme âgé de 61 ans, diabète connu depuis 11 ans
- Pas d'antécédent familial d'accident CV précoce
- FO: quelques microanévrismes
- Microalbuminurie 60 mg/l, créatininémie 10 mg/l
- Monofilament de 10 g perçu, pouls perçus.
- ECG de repos normal (01/2007), pas d'angor
- Echo-doppler des TSA (11/2006): infiltration modérée
- Dernières HbA1c: 7, 2%, - 7,5% - 7,8%
- LDLc: 1,10 g/l, HDL 0,45 g/l sans traitement
- Dernières mesures de PA: 140/85 et 140/80 mmHg sous IEC
- Tabagisme stoppé depuis 6 ans

Et en voici la synthèse ordonnée en tableau

	Classification			Dernière mise à jour (mm/AA)
Rétinopathie	RT +			09/2007
Néphropathie	NP D			09/2007
Risque podologique	0			09/2007
Cardiopathie ischémique	CI-			09/2007
Artérite	AMI-			09/2007
Etat vasculaire cérébral	STC-			09/2007
HbA1c * (%)	7,2	7,5	7,8	09/2007
PA * mmHg	140/85	140/80	/	09/2007
LDL Cholestérol * (g/l)	1,10			09/2007
Tabagisme	N			09/2007

*3 dernières valeurs en commençant par la plus récente

Ou bien en récapitulatif abrégé:

Monsieur X, diabète 11 ans

RT+ CI-

NP D AMI-

RP 0 STC-

HbA1c: 7,2 - 7,5 - 7,8

PA 140/80 - LDL 1,10 - tabac N

Références

1. Actualisation des recommandations sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2. *HAS AFSSSAPS* 2006. www.has-sante.fr
2. ALD 8 diabète de type 2, Guide médecin. *HAS*, 29 mai 2007. www.has-sante.fr
3. Dépistage, surveillance et traitement de la rétinopathie diabétique. Recommandations de l'ALFEDIAM, *Diabetes & Metabolism* 1996, 22: 203-209.
4. Référentiel EPP « Bilan annuel des diabétiques de type 2 » *ANCRED* 2006, www.asso-ancred.org

Ont participé à la réalisation de ce module

- Dr Ghislaine Henry (REVESDIAB)
- Dr Gilles Le Pape (REVESDIAB)
- Dr Laurent Mouret (DIAPASON 24)
- Dr Céline Orhond (DIABAIX)
- Dr Denis Pinsard (Réseau Diabète 35)
- Dr Christiane Quinio (REVESDIAB)
- Dr Michel Varroud-Vial (REVESDIAB)